

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

68^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène GUIMEZANES

Né le 5 Octobre 1913 à Brest (Finistère)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES CAPILLARITES

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène GUIMEZANES

Né le 5 Octobre 1913 à Brest (Finistère)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES CAPILLARITES

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

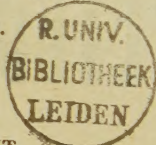
—
1940

Le Doyen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R. JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale.....	FIESSINGER.
	LOEPER
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des ma-	NOBECOURT.
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi-	LAIGNEL-LAVASTINE
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENCRMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	MOCQUOT.
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMATRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	TROISIER.
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-Sociale.....	GLOVIS VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIG.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Pathologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Pathologie COUVELAIRE.
 Physiologie DOGNON.
 Pathologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUTHER.
 Médecine légale..... PIÉNELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FIANCEE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand hon-
neur de bien vouloir présider
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

Docteur BOPPE;

Docteur CUNEO;

Professeur CROUZON (in-mémoriam);

Docteur BOLTANSKI;

Professeur VIGNES;

Docteur PRUVOST;

Docteur TOURAINE;

Professeur CHEVASSU.

INTRODUCTION

Le terme de capillarite est loin d'être une acquisition récente de la terminologie dermatologique. On connaît depuis fort longtemps des altérations des capillaires visibles histologiquement. Le mérite du Professeur Gougerot, en 1921, fut d'en avoir fait un diagnostic clinique et d'en avoir vulgarisé l'importance et la fréquence en dermatosyphiligraphie.

Des travaux ultérieurs et certains travaux d'ensemble récents ont permis d'une part de restreindre la portée du terme et de l'étendre d'autre part. On a en effet cessé de donner le nom de capillarites aux troubles capillaires sanguins qui par eux-mêmes n'entraînent pas de désordres cutanés. On a également fini par considérer le capillaire proprement dit, l'artériole terminale, la veinule initiale comme un tout faisant preuve d'une certaine solidarité dans la pathologie. Il s'agirait plutôt de micro-angéite ou de parvi vasculaire.

Sous le terme de capillarite, on englobe une série de faits extrêmement divers tant dans leurs manifestations cliniques que dans leur gravité.

Seule la notion anatomo-pathologique a permis de les réunir. Mais il faut savoir que toutes les capillarites montrent à un degré plus ou moins avancé les mêmes modifications de la paroi capillaire. Seul le degré plus ou moins avancé des lésions et la prédominance de l'une ou l'autre permet de faire la différenciation des divers groupes d'affections.

C'est pourquoi nous envisagerons :

1° Les différentes lésions anatomo-pathologiques
en considérant

d'une part les capillarites aiguës,
d'autre part les lésions communes des capillarites chroniques qui nous permettront de les classer du point de vue anatomique.

2° Les différents types anatomo-cliniques.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — CAPILLARITES AIGUES

Les capillarites aiguës se présentent sous plusieurs types. Il peut tout d'abord s'agir de simple *congestion hyperhémique*.

Le type en est fourni par les exanthèmes des maladies infectieuses des dermatoses toxiques, au début des infections par inoculation locale ou générale, au cours des irritations locales.

On y note des anses capillaires plus nombreuses, plus larges, plus flexueuses que normalement. Une hypertension intravasculaire accompagnée d'un début d'endothélite avec des troubles de la coagulation, ce qui a pour effet de favoriser une effraction sanguine elle-même à l'origine d'une hémosidé, rose cutanée.

A un degré de plus, il s'agit de *Capillarite diapéditique*. Ici il y a perte de la continuité de l'endothélium qui permet une diapédèse des leucocytes. Dès qu'apparaît le moindre facteur d'hypertension, il y a passage des hématies. Suivant l'importance et l'abondance de la réaction, les lésions visibles vont de la papule à la bulle.

Un tel aspect peut reconnaître à son origine une infection générale (syphilis, érythème polymorphe) ou représenter au contraire des dermatites pures. Tels sont les cas de Favre et de Binnewitch.

Un degré de plus encore et il s'agit de *capillarite thrombosante et nécrosante*.

Il y a oblitération progressive du vaisseau, formation d'un thrombus rapidement envahi de polynucléaires et qui bientôt fourmille de microbes prenant l'aspect d'un foyer suppuré.

Tels sont les trois aspects des capillarites aiguës.

B. — CAPILLARITES CHRONIQUES

Elles présentent toutes des lésions communes. Il existe tout d'abord des lésions *vasculaires et périvasculaires*.

Le type en est réalisé par le purpura chronique.

Le capillaire présente bien entendu les lésions les plus caractéristiques : il est élargi. On trouve de plus de nombreux capillaires de néo-formation qui se disposent de façon spéciale et que Favre a appelé la disposition en cierge. Les cellules endothéliales se gonflent, puis les parois intercellulaires finissent par devenir confuses et les cellules se fusionnent en une masse hyaline. Cette fusion, associée au gonflement cellulaire, finit par provoquer une oblitération capillaire.

Les lésions péri-capillaires se trouvent à leur maximum au niveau de la région papillaire du derme.

Il existe tout d'abord un œdème péricapillaire, puis apparaissent ensuite des infiltrats cellulaires qui semblent former comme des manchons aux capillaires qu'ils englobent.

Enfin on peut voir des foyers hémorragiques qui passent par deux stades.

Un premier stade de foyer récent où l'on note des hématies.

Un deuxième stade très important où l'on note dans le foyer ancien des grains pigmentaires composés d'un pigment ferrique. Cette hémossidérose cutanée est considérée comme la lésion caractéristique des dermatoses dues à la capillarité (Pautrier et Diss).

Les grains de pigment sont libres ou macrophagés. On les trouve à l'intérieur des grandes cellules histiocytaïres du tissu conjonctif, cellules ramifiées en clasmatoctes, chromatophores du derme, tous éléments qui confirment la participation du système réticulo endothélial d'Ashoff dans la structure et la pathologie des capillaires. Certains de ces chromatophores se retrouvent dans les cellules de la couche basale contribuant à la pigmentation pathologique de la peau.

Mais si les lésions vasculaires et périvasculaires sont de première importance, *les lésions des tissus voisins* ne sont pas sans intérêt.

Le derme présente au niveau des zones péricapillaires des lésions de première importance dans le mécanisme des ruptures capillaires. Dans ces zones, en effet, se produit une dégénérescence hyaline, gaine

claire qui ne soutenant plus le vaisseau, lui permet de se rompre à la moindre cause, provoquant une hémorragie. De plus on y note une raréfaction et une fragmentation des fibres élastiques.

Les vaisseaux de calibre supérieur au capillaire ne sont pas indemnes. Les artérioles et même les artères sont le siège de lésions qui portent surtout sur la tunique moyenne.

Les veines sont le siège de varices. Ce fait est loin d'être constant. D'une part elles sont petites, d'autre part on n'en trouve souvent pas. Et ce fait, nous le verrons, a une certaine importance dans l'étiologie de certains ulcères dits variqueux.

Il existe également des lésions lymphatiques et l'on a pu identifier des dilatations caverneuses des canaux lymphatiques.

Quant aux lésions nerveuses, elles n'ont pas encore été étudiées.

Telles sont les principales lésions des capillarites. Connaissant les lésions à la base des manifestations dues aux capillarites, il est possible d'en faire une classification.

Celle-ci repose sur le fait que, au cours de l'évolution de l'affection, l'une ou l'autre des lésions se met à prédominer, réalisant la maladie type.

Mais auparavant, il nous faut remarquer qu'une distinction s'impose entre :

Les capillarites pures où la capillarite est le phénomène dominant et suffit à déterminer tous ou pres-

que tous les éléments de la dermatose ce sont elles surtout qui nous intéresseront.

Et les capillarites qui ne sont qu'un phénomène associé à d'autres lésions pathologiques locales ou générales. Ces dernières sont des dermatoses avec capillarites. Leur nombre est très grand. Il ne peut en être donné qu'un aperçu d'ensemble.

Un premier groupe de capillarites chroniques est constitué par les *capillarites érythémateuses*.

Il y a une vasodilatation plus ou moins durable qui se traduit par un érythème plus ou moins chronique.

Elles réalisent des capillarites pures : érythémamicrogyratum-perstens de Stempel.

Elles réalisent des capillarites associées au cours des érythrodermies chroniques.

Un deuxième groupe est réalisé par les *capillarites purpuriques et pigmentaires*. C'est l'un des plus importants. Ce sont les hémositéroses de Pautrier et Diss. A la longue se produisent de la sclérose et de l'atrophie du derme.

Le type pur en est réalisé par certains purpuras chroniques. Dermatite Lichénoïde purpurique et pigmentée de Gougerot, Maladie de Schamberg.

Le type associé est réalisé par des purpuras symptomatiques.

Un troisième groupe est celui des *capillarites thrombosantes et nécrosantes*.

Il se produit des foyers de nécrose par thrombose qui aboutissent à des ulcérations.

Le type pur est l'ulcère à bord cyanotique de Gougerot.

La forme associée est réalisée par l'echtyma purpurique.

Le quatrième groupe comprend les *capillarites sclérosantes et atrophiantes*.

Il se produit tantôt une hyperplasie collagène source de sclérose, tantôt une raréfaction des fibres élastiques cause d'atrophie. Mais il existe aussi une association des deux éléments scléro-atrophie.

Le type pur en est l'atrophie blanche de Milian.

Le type associé en est la sclérodermie.

Le cinquième groupe est celui des *capillarites ectasiantes*.

Il se produit des dilatations des parois altérées des vaisseaux qui, fragilisés, se rompent et donnent lieu à des effractions sanguines.

Le type pur est le purpura annulaire telangiectasique de Mayocchi.

Le type associé est réalisé par les télangiectasies secondaires.

Un sixième groupe enfin comprend les *capillarites proliférantes* qui englobent des états tumoraux divers. Lorsque la capillarite prédomine, on a la maladie de Rendu Osler.

Lorsque c'est la réticulo-endothélite, c'est la maladie de Hodgkin par exemple.

Quand enfin capillarite et réticulo-endothélite sont associées, on trouve soit des hyperplasies simples, soit des hyperplasies métaplasiques. Le premier type est celui des granulomes télangiectasiques, le second des pseudo-arcomatose de Kaposi.

II. — TYPES ANATOMO-CLINIQUES

A. — CAPILLARITES AIGUES

Il nous faut d'abord envisager les *capillarites pures*. Nous les citerons très brièvement, car ce sont des cas d'exception dont on compte fort peu d'exemples.

Il en existe deux formes :

La première hyperplasique infiltrée comprend :

1° Le cas de Buinewitch décrit comme « capillaro-pathia obliterans circumscripta acuta » ;

2° Le cas de Favre « angiodermite aiguë extensive hyperalgique ».

La deuxième nécrosante et trois observations seulement en sont connues jusqu'à ce jour.

A l'inverse, les capillarites associées représentent des affections extrêmement nombreuses et nous ne pouvons que signaler les principales variétés.

Ce peuvent être des capillarités hyperhémiques érythémateuses.

Tantôt l'érythème y est diffus comme dans la scarlatine, les érythèmes scarlatiniformes, les érythrodermies.

Tantôt il ne s'agit que de macules érythémateuses comme dans la rougeole, la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique.

On voit combien ici la capillarite passe au second plan.

Parfois ce sont des capillarites purpuriques.

Purpura au cours des formes graves hémorragiques des maladies précédentes.

Purpura au cours des dermatoses, eczéma, érythréma, etc...

Il peut s'agir de capillarites exsudatives comme on en voit au cours des urticaires et des états urticariens, au cours des dermatoses vésiculeuses ou bulleuses.

Ce peuvent être encore des capillarites diapédétiques comme au cours du chancre syphilitique où l'on connaît le rôle capital de la capillarite, au cours de l'érythème polymorphe.

Ce peuvent être enfin des capillarites nécrosantes ecthyma cyanotique et nécrotique des jambes, ulcère aigu de la vulve, ulcère vénérien adénogène de la maladie de Nicolas Favre.

On voit donc combien est complexe ce groupe des capillarites aiguës avec :

d'une part ces faits où la capillarite est l'élément fondamental, mais qui sont des raretés,

d'autre part, ces faits si nombreux et si variés où la capillarite a un rôle très secondaire.

Beaucoup plus important est le groupe des capillarites chroniques.

B. — CAPILLARITES CHRONIQUES

Il nous faut tout d'abord remarquer qu'elles ne réalisent que très rarement des types anatomiques purs. Il y a pratiquement toujours association des divers types de capillarite, mais on ne retient pour faire la classification que la lésion qui met la note dominante.

1) CAPILLARITES ÉRYTHÉMATEUSES

Les capillarites érythémateuses pures constituent un groupe confus. La lésion capillaire est réduite au minimum, la cause souvent inconnue.

On peut cependant signaler plusieurs types de ces érythèmes chroniques où une capillarite de vasodilatation paraît jouer un rôle de premier ordre.

Les uns sont des *érythèmes purs*.

Tels sont l'érythema gyratum simplex de Jadassohn et de Jaffé.

L'érythema microgyratum perstans, petites taches rouges foncées nombreuses, isolées ou confluentes, quelquefois légèrement saillantes, qui persistent sans changement ou lentement extensives pendant des années et disparaissent en laissant parfois une aire jaune.

Les érythèmes urticariens qui ont une tendance à la circination migratrice, le type en est l'érythème annulaire centrifuge de Darier, l'érythema perstans de Wende.

Les érythèmes papuleux : ils paraissent correspondre aux érythématoscléroses d'Andy. Tantôt ils sont localisés au dos de la main à l'abdomen, aux jambes, tantôt au contraire ils sont disséminés.

En fait tout ce groupe est peu connu. Toutes ces variétés sont exceptionnelles.

A côté de ces capillarites érythémateuses pures, il existe un nombre considérable de capillarites associées. Mais ici il s'agit de faits extrêmement nombreux de manifestations cliniques extrêmement variées. Nous ne pouvons en faire qu'une simple énumération rapide.

Tantôt elles prennent un aspect maculeux comme dans les syphilides érythémateuses tardives, les lèprides, les tuberculides.

Il faut en rapprocher les érythèmes toxiques des balsamiques, des barbituriques, de l'atophan.

Il y a lieu de placer ici avec quelque réserve l'érythème en réseau qui est constitué par le livedo racemosa de Rosetti.

Tantôt elles prennent un aspect en plaque comme dans le pityriasis rubra pilaire et sans doute l'érythema perstans.

Tantôt enfin elles prennent une allure diffuse au cours des érythrodermies toxiques ou des érythrodermies chroniques.

2) CAPILLARITES PURPURIQUES ET PIGMENTAIRES

Ici s'ouvre un groupe extrêmement important des capillarites.

Leur manifestation principale est le purpura caractérisé par une effraction d'hématies au travers des capillaires.

Mais les hématies ne peuvent passer dans le tissu péri-capillaire que s'il existe une rupture du capillaire déjà fragilisé par une lésion antérieure.

Le purpura est la lésion la plus commune de la capillarite.

L'hémoglobine des hématies se transforme au lieu de l'extravasation et devient hémosiderne qui est le pigment brunâtre cicatriciel.

Il faut distinguer deux groupes de faits :

D'une part des taches isolées en peau saine éphémère, qui disparaissent sans aucune tendance à la pigmentation durable. Ce fait est réalisé par les purpuras tantôt primitifs, tantôt secondaires.

D'autre part des taches purpuriques ayant tendance à se grouper en zone et à persister indéfiniment sous forme de taches cicatricielles de pigmentation progressive.

Ce sont les vraies capillarites des auteurs français.

Dans ce cadre entrent :

1° La maladie de Schamberg ;

2° La dermite purpurique et pigmentée des membres inférieurs.

Comme dans toute capillarite, il faut distinguer les purpuras primitifs et les purpuras secondaires.

A l'origine des *purpuras primitifs*, les auteurs du siècle dernier reconnaissaient une lésion vasculaire.

Ultérieurement, on attribua à ces purpuras une origine générale : intoxication, infection.

Les auteurs modernes rendent aux lésions vasculaires toute leur importance qu'ils ont pu prouver grâce à de nombreux tests montrant :

1° Une diminution du pouvoir coagulant des vaisseaux et des tissus ;

2° Un allongement du temps de saignement ;

3° L'apparition de taches purpuriques au niveau des points de piqûres ;

4° L'existence d'un signe du lacet.

Il n'y a pratiquement jamais formation de pigment cicatriciel.

La description du purpura est devenue si classique que nous ne nous étendrons que sur quelques formes moins connues.

La forme de beaucoup la plus commune est l'hémogénie classiquement connue également sous les noms de Diathèse hémorragique de Hayem et de Maladie de Werloff.

C'est une maladie en général familiale.

Elle se caractérise par un allongement du temps de saignement alors que le temps de coagulation reste normal.

Pour Tzank et Dreyfus, il y aurait deux processus associés :

D'une part un état dystrophique stable et durable,

D'autre part un véritable état d'intolérance endothélial ressemblant au choc colloïdoclasique.

D'autres variétés de purpuras chroniques peuvent se voir :

Purpura urticans où l'exorsérose transcapillaire forme bulle.

Purpura papuleux de Hebra caractérisé par des poussées de taches hémorragiques qui se surélèvent puis s'affaissent lentement en laissant une tache pigmentaire assez persistante.

Purpura nodulaire fait de petites nodules hémorragiques disséminés sur le corps et les muqueuses, se reproduisant sans montrer de tendance à la rétrocession.

Purpura telangientasique.

D'après les conditions de terrains d'autres formes peuvent être réalisées.

Purpura chronique de l'angiosclérose décrit par Gaucher « ...qui siège à la partie inférieure des jambes. Ce purpura est constitué par une teinte diffuse brumâtre plutôt que rouge étalée sous forme d'une plaque assez large coupant parfois toute la circonférence du membre et entourée d'éléments punctiformes ou lenticulaires de même couleur. Le sang épanché donne lieu par sa transformation à une sorte de pigmentation cutanée particulière permanente et d'une durée indéfinie ».

Ce qui est caractéristique, c'est son apparition chez des sujets âgés polyscléreux hypertendus et souvent anciens syphilitiques. Il existe une tendance à la généralisation secondaire.

Le Purpura senilis est formé de taches en petit nombre apparues en quelques heures sur le dos de la main la face d'extension des avant-bras souvent chez des femmes présentant des zones d'atrophie cutanée.

La durée de l'affection est de 8 à 10 jours. Elle a tendance à se répéter.

Les troubles de la coagulation, le signe du lacet sont inconstants et légers.

Enfin on peut voir des purpuras secondaires. Et ici nous ne pourrions qu'énumérer les nombreuses affections desquelles il peut relever.

Ce peuvent être des affections générales : Tuberculose, Syphilis, Paludisme, Kala-azar.

Des maladies du sang : Anémie pernicieuse, états leucémiques.

Des affections viscérales du foie, de la rate, du système nerveux central.

Les purpuras secondaires à des dermatoses constituent un groupe très important. Purpuras au cours de l'urticaire, de l'érythème noueux, l'érythème polymorphe, certains eczéma, impétigo, etc...

Purpura secondaire à des dermatoses chroniques.

Syphilides : Roséole macule papule, syphilides Rupioïdes.

Lichen.

Tuberculides.

Beaucoup plus intéressant et important est le groupe des véritables capillarites des auteurs français.

DERMATITE PIGMENTAIRE PROGRESSIVE
OU MALADIE DE SCHAMBERG

Décrite en 1901 elle réalise le type histologiques des capillarités purpuriques et pigmentées.

Elle est assez rare en France puisqu'il n'en existe que 7 cas. Elle serait plus fréquente à l'étranger.

Son maximum se verrait de 8 à 30 ans. Elle frapperait surtout le sexe masculin.

Elle se manifeste par l'apparition de petits éléments en nombre réduit (1-2) siégeant surtout à la partie inférieure des jambes ou plus nombreux et atteignant alors tout le membre inférieur, le dos, les lombes, les avants-bras. Elle peut même réaliser une forme généralisée se propageant de bas en haut.

Au début ce sont des éléments gros comme une petite tête d'épingle (Poivre de Cayenne moulu) constitués par de minuscules hémorragies péricapillaires.

Puis ils s'étendent, confluent formant des placards à contour serpigineux.

En quelques mois ils disparaissent laissant une pigmentation diffuse, café au lait, avec de légères taches d'atrophie rarement de lichenification.

Exceptionnellement on peut voir passer les taches par un stade de papulisation. L'extention se fait avec une extrême lenteur et la durée de la maladie peut atteindre 25-30 ans. Les plaques peuvent alors atteindre jusqu'à 25 ou 30 cm.

Les lésions associées sont exceptionnelles. On ne retrouve que peu fréquemment une maladie générale antérieure.

Au point de vue histologique la maladie se caractérise par un élargissement des capillaires avec prolifération de l'endothélium et formation de nombreux néo-capillaires.

Autour des capillaires des hémorragies minimes, des infiltrats dermiques très superficiels.

Les tissus élastiques et collagènes sont normaux.

L'épiderme est normal ou légèrement aminci.

Le diagnostic de la maladie de Schamberg est en général facile avec les Purpuras.

Purpura annulaire télangiectasique de Majocchi où l'on note les éléments télangiectasiques en cercles réguliers où il n'existe pas d'hypercholestérolémie.

Angiome serpigineux d'Hutchinson où il existe de nombreuses petites taches de télangiectasies largement surélevées formant des cercles et laissant en disparaissant une légère pigmentation avec atrophie.

Dermite purpurique et pigmentée en nappe diffuse avec des Squames épidémiques, infiltration du tissu conjonctif, varices.

Hémosidérose du Vieillard, réseau brunâtre sur les jambes.

DERMITE PIGMENTÉE ET PURPURIQUE

C'est elle que l'on désignait autrefois sous le nom de « Eczéma Variqueux ».

Elle a été décrite par Monsieur le Professeur Gougerot qui lui attribue la capillarite comme principal facteur étiologique. Elle passe par deux phases :

Préulcéreuse,

Ulcéreuse.

Elle atteint en majorité des sujets de plus de 50 ans.

On retrouve souvent la syphilis dans les antécédents.

Il s'agit la plupart du temps de sujets du sexe masculin.

Le début est marqué par l'apparition de taches purpuriques lilacées de 3 à 4 cm de diamètre qui bientôt confluent en nappe couvrant le tiers ou la moitié inférieure de la jambe.

Plus tard il se forme par place des zones de pigmentation brunâtre alors qu'à d'autres endroits persiste toujours la tache violette. On note l'existence d'îlots de pigmentation, de zones de dermite inflammatoire, de troncs variqueux. L'ensemble de ces aspects tend à donner à la plaque un polychronisme caractéristique.

On note de plus une infiltration du derme sous-jacent, et souvent une atteinte du périoste.

C'est sur ce fond qu'apparaît l'Ulcère Variqueux.

Au point de vue histologique on trouve des capillaires dilatés, des formations angiomateuses, des néo-capillaires « en cierge ». Un endothélium capillaire turgescent et par endroit des zones de thrombose.

Le tissu péricapillaire présente des hémorragies des infiltrats leucocytiques.

Ultérieurement il y a atteinte des artères et des veines de plus gros calibre.

Le derme subit un envahissement par du tissu scléreux on y trouve du pigment ferrique en amas.

L'épiderme présente souvent des lésions de parakératose.

Mais la Dermite purpurique et pigmentée ne se présente pas toujours sous cet aspect typique. Elle peut se voir sous des formes maculeuses dérivées de la disposition morphologique des éléments.

Forme lenticulaire et nummulaire simulant le lentigo ou une éruption lichenienne.

Forme réticulée formant un réseau irrégulier avec souvent atrophie en réseau forme à laquelle il faut rattacher l'hémossidérose purpurique des vieillards de Sellar.

Elle peut se voir sous des formes papuleuses dermatite lichenoïde purpurique et pigmentée de Gougerot et ses élèves formée de petites papules devenant purpuriques ou telangiectasiques évoluant vers une pigmentation ocre-brun, siégeant sur les jambes et d'évolution chronique et dont il existe des cas où la papule peut être plus grosse.

Au point de vue histologique on note :

Des lésions de l'épiderme : papilles diminuées.

Des lésions du derme : infiltrations périvasculaires.

Des lésions de capillarite intense.

Telles sont les Capillarites purpuriques et pigmentées qui sont les plus importantes des capillarites, celles dont les lésions sont les plus typiques de capillarites.

3. CAPILLARITES THROMBOSANTES ET NÉCROSANTES

Nous étudierons tout d'abord les capillarites primitives (au moins en apparence).

Leur étude a surtout été faite à propos de l'ulcère variqueux.

Dans la très grande majorité des cas il s'agit de lésions pluri-vasculaires.

Les artères de tous calibres sont dures et sclérosées.

Les veines présentent tous les types de dilatation avec souvent de la phlébite chronique.

Les lymphatiques présentent de la lymphangite oblitérante.

Les nerfs sont atteints de névrite interstitielle avec sclérose intra ou extra fasciculaire.

Le tissu cellulaire est en vahi d'une gangue plus ou moins étendue.

L'os et le périoste sont souvent augmentés de volume.

La syphilis apparaît comme le facteur prépondérant.

La description en est si bien connue qu'il est inutile de la reproduire.

Mieux vaut noter qu'il se complique souvent du complexe dit Variqueux.

Amincissement de la peau.

Amenuisement des masses musculaires.

Infiltrations éléphantiasiques ou d'autres manifestations.

Télangiectasies.

Varices de tous types.

Sur ces jambes se greffent des infections secondaires de l'eczéma.

Une modalité un peu spéciale en est :

« L'Ulcère à bords cyanotiques et purpurique de Gougerot ».

Cet ulcère se forme à la suite d'une élimination brutale d'une zone de nécrose de l'épiderme. Il est habituellement irrégulier de forme et ses bords sont cyanotiques d'un rouge violacé ou noir-bleu nettement entaillés, le fond est plus ou moins mamelonné, cyanotique également et semé de points purpuriques. Cet ulcère est douloureux, s'infecte facilement et se cicatrise toujours très lentement.

Il nous faut maintenant envisager les capillarites thrombosantes et necrosantes secondaires ou associées.

La capillarite joue un rôle pathologique important quand l'origine du toxique est interne.

On note la possibilité de capillarite toxique dans les iodides, au cours des intoxications barbituriques, au cours de l'urticaire gangréneuse de Besnier confondue avec les gangrènes multiples cachectiques.

Les capillarites infectieuses se trouvent au cours des formes gangréneuses des maladies infectieuses, des gangrènes multiples de l'adulte et de l'enfant, des pyodermites : impétigo gangréneux. Entyma cyanotique et gangréneux.

des infections chroniques :

Tuberculeuses, Lupus Vulgaire, tuberculides papulo nécrotiques, tuberculides ulcéreuses des jambes, Erythème induré de Bazin :

Syphilitiques, qui jouent un rôle dans les ulcères dits variqueux,

lépreuse. Pian, Bouton d'Orient.

4. CAPILLARITES SCLÉROSANTES ET ATROPHIANTES

Dans toute capillarite il existe des lésions des tissus voisins se traduisant par une hyperplasie collagène et une atrophie du tissu élastique d'où une évolution lorsque l'une ou l'autre prédomine vers la sclérose, l'atrophie ou vers la scléroatrophie quand elles sont associées.

Parmi les capillarites pur sclérosantes et atrophiantes il nous faut ranger les différents syndromes déjà décrits où il existe de l'atrophie (Maladie de Schamberg Dermite pigmentaire et purpurique.

Mais la scléroatrophie prend une place de tout premier plan dans *l'atrophie blanche de Millian*.

Elle peut être segmentaire ou plus caractéristique en tache.

Dans ce cas il s'agit d'une plaque blanche lissée déprimée blanc ivoire entourée d'une petite couronne pigmentaire de quelques millimètres de large au pourtour de laquelle se répandent de nombreux capillaires rayonnés.

Au point histologique on trouve de la sclérose cu-

tanée, des lésions inflammatoires des capillaires, une disparition des papilles et un amincissement de l'épiderme.

Parmi les capillarites secondaires il faut faire une place :

à la sclérodermie, à la sclérodactylie progressive où l'examen histologique montre des lésions de capillarites.

aux atrophies cutanées décrites dans la syphilis, la lèpre, la tuberculose, les radiodermites tardives.

Enfin dans un chapitre spécial car elles sont d'origine assez peu connue.

La maladie de Pick-Hérxhennier constitué par des taches érythémateuses avec atrophie diffuse de la peau et une teinte rose et violacée. De plus des zones de pigmentation et de dépigmentation, des télangiectasies, des nappes scléro dermiques.

Le Xéroderma pigmentosum : rappelle l'aspect de certaines radiodermites anciennes. Il évolue peu à peu vers une épithéliomatose du type spino-cellulaire.

5. CAPILLARITES ECTASIANTES

La lésion caractéristique de cette capillarite est la télangiectasie ou dilatation chronique des petits vaisseaux du derme qui deviennent visibles. Les ectasies doivent être séparées par des intervalles de peau saine.

Les unes sont d'origine congénitale. Elles sont de pathogénie obscure.

Les autres sont acquises à la suite d'atteinte anté-

rieure de capillarite. Leur mécanisme est obscur. Cependant on note une raréfaction péricapillaire du tissu élastique.

Parmi ces capillarites ectasiantes, les unes sont fixes, les autres sont évolutives. Ainsi se trouvent constitués les deux grands groupes de ce genre de capillarites.

Les capillarites évolutives constituent un groupe important de maladies autonomes.

Purpura annulaire télangiectasique. C'est une affection d'une extrême rareté puisqu'il n'en existe qu'un seul cas en France; elle a été décrite par Majocchi.

Elle survient à tous âges et ne semble pas avoir de prédilection pour l'un ou l'autre sexe.

Elle se manifeste par des éléments siégeant au membre inférieur remontant jusqu'aux fesses, aux lombes. Chaque élément est formé d'un point rouge qui se vide à la vitro pression. A la loupe on peut voir ces télangiectasies. L'élément s'étend, pâlit au centre, devient annulaire. Des points purpuriques y apparaissent lui donnant une teinte livide. Au fur et à mesure de l'extention apparaît de l'atrophie centrale.

La guérison spontanée apparaît en un mois à un an.

Histologiquement on note une endo-péri-vascularite ectasiente extensive et progressive entraînant l'atrophie secondaire.

Elle semble résulter d'une toxi infection.

Son diagnostic est à faire avec les télangiectasies en plaques :

le purpura télangiectasique en tache qui forme des disques pleins ;

l'angiome serpigineux qui n'a pas de télangiectasies.

Plus délicate sera à éliminer la maladie de Schamberg qui a une forme vaguement circulaire. Mais il existerait pour certains auteurs des formes intermédiaires, bien que ce fait soit nié par d'autres.

L'angiome serpigineux est plutôt un angiome qu'une télangiectasie. Il survient à tout âge dans les deux sexes.

Il est constitué de petits points angiomateux qui se réunissent en groupe pour former des anneaux qui s'étendent en laissant au centre une zone de dépigmentation. A la longue ils s'effacent sans laisser d'autre trace qu'une légère desquamation temporaire.

Le diagnostic se pose avec le Purpura de Majocchi, la maladie de Schamberg, la dermatite Lichenoïde.

Le purpura télangiectasique en taches atteint des sujets de 15 à 50 ans.

Les éléments sont constitués de points rouges qui ne disparaissent pas complètement à la vitro pression et de taches de purpura qui se pigmentent par la suite.

Quelquefois on note une tendance à l'organisation en anneau.

Les lésions microscopiques sont les mêmes que dans le purpura télangiectasique en anneaux.

La *Telangectasia Macularis Eruptiva Perstans* est caractérisée par un assez grand nombre de petites taches rouges télangiectasiques sans purpura de 2 à 4 millimètres de diamètre. Il ne se fait qu'une seule poussée d'éléments qui disparaissent sans laisser de trace.

Le deuxième grand groupe de capillarites ectasiantes est celui des capillarites fixes.

Certaines sont des Télangiectasies essentielles.

1) Télangiectasies diffuses.

Exceptionnellement généralisées, elles sont le plus souvent en réseau donnant l'aspect général du Livedo, le type en est le *cutis marmorata telangiectica congenita*.

Elles peuvent être localisées aux extrémités groupe isolé en un groupe acroforme par Mulhberg.

2) Télangiectasies en plaque :

Soit congénitale du type angiome plan.

Soit acquise mais plus rarement se voyant chez la femme surtout souvent après une maladie infectieuse ou après une grossesse.

On les voit au membre inférieur. Chaque tache a 1 à 5 centimètres de diamètre. Ce sont de fines télangiectasies arborisées, anastomosées, serrées les unes contre les autres qui lui donnent une couleur rouge. Il n'y a pas de purpura. L'épiderme est un peu aminci.

Les lésions histologiques sont celles de capillarite chronique.

3) Télangiectasies en nappe.

4) Télangiectasies régionales : on les trouve aux ré-

gions interscapulaires, à la nuque, au rebord des fausses côtes, à la face externe des cuisses chez la femme, régions où la peau est généralement épaisse.

5) Télangiectasie hémorragique héréditaire ou maladie de Rendu-Osler.

C'est une maladie congénitale et familiale.

Elle évolue en deux périodes.

1) Hémorragique.

2) Angiomateuse.

La période hémorragique dure jusqu'à 20 ou 30 ans traduite par des épistaxis très fréquents et aussi des hémorragies buccales cutanées.

La période angiomateuse est caractérisée par l'apparition de petites télangiectasies à la face, aux fosses nasales, dans la bouche, au tube digestif et de plusieurs centaines de petits angiomes.

Les signes hématologiques sont très inconstants.

Les lésions sont celles de télangiectasies simples et d'angiome sans lésion inflammatoire.

Des télangiectasies secondaires, les unes sont purement mécaniques.

Télangiectasies au cours de l'insuffisance cardiaque, au cours de la phlegmatia alba Doleus.

d'autres sont inflammatoires soit au cours des autres dermatoses dues à la capillarite, soit au cours d'autres dermatoses : Rosacée, Rhino-phyma, cicatrices cheloïdiennes.

6. CAPILLARITES PROLIFÉRANTES

Sous le nom de capillarites proliférantes on réunit un grand nombre de faits qui sont caractérisés par l'hyperplasie tumorale chronique permanente du complexe formé par l'endothélium des capillaires de la peau et par les éléments cellulaires du derme voisin.

Ces deux éléments du complexe constituent le système réticulo-endothélial d'Aschoff.

On peut voir prédominer les lésions sur l'un ou l'autre des éléments et l'on a :

tantôt une capillarite prédominante

tantôt une réticulite prédominante

tantôt une réticulo endothélite.

Lorsque la *capillarite* prédomine il s'agit des « capillaromes » de Gougerot.

Il peut s'agir de lésion bénigne.

Tels les angiomes souvent congénitaux ; simples ou plans le plus souvent, caverneux beaucoup plus rarement ou tubéreux ou stellaires.

Ils peuvent dans certains cas être très nombreux.

Les angiomes sont souvent acquis le plus habituellement alors tardifs,

Enfin signalons la rareté que sont les angio fibromes.

Mais il peut également s'agir de lésion maligne ;

Angio sarcomes

Angio fibro sarcomes

Hemangio endothéliomes.

Lorsque la *Réticulite* prédomine il peut exister une hyperplasie simple bénigne d'aspect tumoral comme le *granulome infectieux*, l'*histiocytôme*.

Mais on peut voir également une hyperplasie maligne.

Sarcome globocellulaire.

Maladie de Hodgkin.

Mycosis fongoïde.

Enfin il peut s'agir de *réticulo-endothélite*.

Certaines sont bénignes, d'autres malignes.

Parmi les *réticulites* bénignes, citons :

— les *sarcoïdes cutanées* ou maladie de Besnier-Boëk. Elle survient vers 25-30 ans, à égalité de fréquence dans les deux sexes ; tantôt elle se manifeste sous forme de *sarcoïdes noueuses* ou sous forme de l'*angiosarcoïde* de Brocq-Pautrier de l'aile du nez ou du sillon nasogénien. Un aspect analogue est réalisé dans certaines *sarcoïdes* à infiltration diffuse du nez et des oreilles.

— L'*angion-keratôme* de Mibelli se voit chez des enfants ou des adolescents, aux mains, aux pieds, où apparaissent de tout petits angiomes, le plus souvent indéfinis.

— Le *granulome annulaire* : petites nodosités à évolution excentrique au dos de la main, du poignet, de l'avant-bras.

— Le *nodule douloureux de l'oreille* : petit nodule blanchâtre indolore, spontanément sensible à la pression, soumis à des poussées congestives, saignant fa-

cilement, finalement couvert de squames, définitif ou presque.

— Le granulome télangiectasique, ancien botryomycome de Poncet et Dor : petit bourgeon charnu étranglé à sa base, saignant facilement et de très longue durée, considéré tantôt comme un granulome infectieux, tantôt comme une vraie néo-formation angiomaieuse proliférante.

— Les adénomes sébacés symétriques de la face dont le type le plus fréquent est le type Pringle.

C'est le type de la neuro-ectodermose familiale. Il s'accompagne de troubles psychiques ou nerveux graves dus à la coexistence d'une sclérose tubéreuse du type Bourneville.

— Les tumeurs glomiques de Barré et Masson ou angio-neuro-myomes artériels qui siègent aux extrémités, dans la région sous-unguéale, dans les sillons interdigitaux. Elles apparaissent comme de petites nodosités bleuâtres, douloureuses spontanément et surtout à la pression, mesurant quelques millimètres à deux centimètres, enchassées dans le derme, un peu chaudes, d'une durée indéfinie tout en restant bénignes.

Mais il existe également des réticulo-endothélites malignes.

Tels les cancers angiomaieux ou télangiectasiques où se forment de nombreux néo-capillaires à l'intérieur d'une tumeur maligne. Ce n'est pas le type vrai.

Celui-ci est réalisé par la maladie angiomaieuse de Kaposi.

On note sur les extrémités des petites nodosités rouge brun ou bleuâtres qui se vident à la vitro pression et des infiltrats angiomateux auxquels se mêlent des papules et des nodules, de même densité s'ils sont angiomateux, blanchâtres s'ils sont lymphatiques.

Les lésions progressent quelquefois avec des périodes de régression partielle ; elles envahissent la face, les muqueuses et finissent par emporter le malade de cachexie.

Les lésions histologiques sont d'ordre réticulo-endothéliale.

CONCLUSIONS

Les capillarites ont des lésions communes. Elle se succèdent en général. Le plus souvent l'une d'elles prédomine et permet un classement anatomique des affections.

1) Une dilatation passagère ou permanente des capillaires.

2) De l'inflammation traduite d'une part par de l'endo-capillarité, d'autre part par de la périvascularité.

3) Des infiltrats histiocytaires périvasculaires.

4) A la longue, de la sclérose et de l'atrophie du tissu cellulaire.

La fragilité capillaire est cause de purpura qui laisse une cicatrice pigmentaire.

Tantôt la capillarite produit toute l'affection : capillarité pure.

Tantôt la capillarite n'est qu'un élément de la dermatose : capillarite secondaire.

Le processus peut être aigu ou chronique.

Selon la prédominance d'une lésion, on a :

les capillarites érythémateuses;

les capillarites purpuriques et pigmentées;

les capillarites thrombosantes et ectasiantes ;
les capillarites sclérosantes et atrophiantes ;
les capillarites ectasiantes ;
les capillarites proliférantes.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
